Aus dem kantonalen Institut für Pathologie in Locarno
Dir. Dr. P. Riniker
unter dem Patronat von Herrn Prof. Dr. A. Werthemann,
Direktor der Pathologischen Anstalt der Universität Basel

Das Riesenakanthom der Haut

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde
der medizinischen Fakultät der Universität Basel
vorgelegt von

Herbert Srolovitz
von Pittsburgh

1966
Buchdruckerei Schahl Inhaber Fredo Fischer Lörrach

Aus dem kantonalen Institut für Pathologie in Locarno
Dir. Dr. P. Riniker
unter dem Patronat von Herrn Prof. Dr. A. Werthemann,
Direktor der Pathologischen Anstalt der Universität Basel

Das Riesenakanthom der Haut

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde
der medizinischen Fakultät der Universität Basel
vorgelegt von

Herbert Srolovitz
von Pittsburgh

1966
Buchdruckerei Schahl Inhaber Fredo Fischer Lörrach

Von der Medizinischen Fakultät Basel genehmigt

auf Antrag von Prof. Dr. med. A. Werthemann.

Tag der Promotion: 4. Mai 1966

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Einleitung*

Vor drei Jahrzehnten ist eine gewisse Unsicherheit in der Bewertung verruköser Hauttumoren behoben worden, als MacCormac und Scarff das Molluscum sebaceum beschrieben. Damit war ein besonderes Epitheliom der belichteten Altershaut als benigne, spontan heilende Tumorform erkannt geworden, die zuvor mit dem Spinalzellencarcinom verwechselt worden war (Baumann und Lenox) oder doch Anlass zur Vermutung einer beginnenden malignen Entartung von hyperkeratotischen Warzen gegeben hatte (Riniker). Wohl war die molluscumartige Neubildung schon früher von Gougerot als „verrucome" und von Dupont als „kyste sébacé atypique" beschrieben worden, doch klärte sich das Bild erst in den 50er Jahren durch die Arbeiten von Musso und Gordon, Rook und Whimster, Beare, Fouracres und Whittick, wobei Rook die von Freudenthal vorgeschlagene und nun eingebürgerte Bezeichnung „Keratoakanthom" einführte. Es stellte sich heraus, dass es sich morphologisch um dieselbe, freilich solitäre Wucherung handelte, die beim „self-healing squamous cell carcinoma" von Ferguson Smith schon bei jüngeren Leuten multipel und auch an unbelichteten Körperstellen auftrat.

Im deutschen Sprachraum ist das Keratoakanthom durch Hamperl und Kalkoff, Kalkoff und Macher, Cottini und Randazzo, Cramer und Weiss so bekannt geworden, dass sich eine erneute Beschreibung erübrigt. Auf diesen Tumor hinzuweisen und Bezug zu nehmen, ist jedoch unumgänglich, wenn wir nun einen weiteren vorzustellen haben, der ebenfalls spontan in der belichteten Altershaut auftritt und bei dem sich die nämlichen Schwierigkeiten der praktisch so wichtigen Unterscheidung zwischen gutartigem und malignem Spinalzellentumor ergeben. Am pathologischen Institut des Tessins sind im Laufe von 15 Jahren drei Fälle dieser besonderen Geschwulstform beobachtet worden, über die hier berichtet werden soll.

* Die Arbeit erfolgte mit Hilfe und unter dem Patronat der Lega ticinese per la lotta contro il cancro, der auch an dieser Stelle bestens gedankt sei.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546021_0157

Kasuistik

1. Fall: Bei der 65jährigen Bäuerin A. F. wird ein verrucöser Knoten des rechten Handrückens vom Hausarzt abgetragen, ein Rezidiv zwei Jahre später ebenfalls entfernt, wonach im Lauf eines weiteren Jahres ein zweites Rezidiv nahezu den ganzen Handrücken einnimmt und auf Drängen der Patientin die Hand amputiert wird. Die kubitalen und axillären Lymphknoten sind etwas druckschmerzhaft, jedoch nicht merklich vergrössert. Metastasen treten auch in der Folge nicht auf.

Der Primärtumor ist nicht histologisch untersucht worden. Hingegen wird das erste Rezidiv wegen Verdacht auf Carcinom eingesandt (J. Nr. 455/56). Es ist ein $4^1/_2 : 3 : 1^1/_2$ cm grosser verrucöser, derber und bröckelnder Tumor mit braun und blassgelb gefleckter Oberfläche und trockener weisser Schnittfläche. Ein Randsaum von normaler Haut ist nicht vorhanden. Mikroskopisch erweist sich der grösste Teil der Biopsie als eine parakeratotische Hornmasse von papillär oder perlförmig geschichteten Lamellen, in denen sich basal

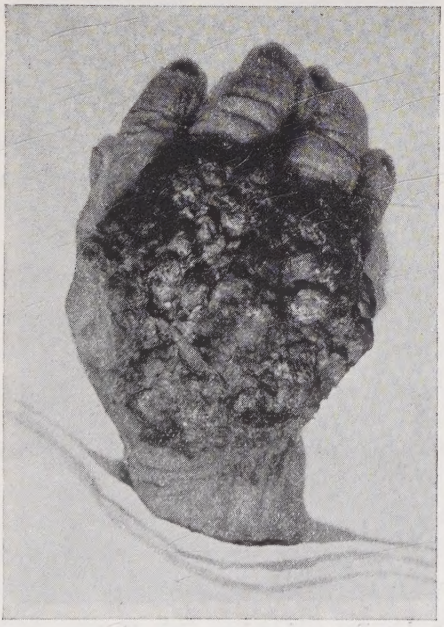

Abb. 1. Riesenakanthom des Handrückens. 1. Fall, Verkl. 1 : 2.

vereinzelte schlanke Papillenspitzen mit einem dunklen, kleinzelligen Rete Malpighi finden. Die schmalen Bindegewebsachsen enthalten lockere Lymphozyteninfiltrate. In einem Randbezirk der Exzision bildet das Rete bizarr geformte schmale und breitere Leisten, in welchen die Kerne etwas vergrössert, jedoch meist regelmässig oval und bläschenförmig, nur selten verklumpt oder in Mitose begriffen sind. Das Bindegewebsstroma ist an solchen Stellen stark von Plasmazellen und Lymphozyten infiltriert und reich an erweiterten Kapillaren. Tiefere Partien des Tumors fehlen in der Biopsie. Die Frage der Malignität wird daher offen gelassen. — Diagnose: Eigenartig vegetierende Form eines Keratoakanthoms.

Die amputierte Hand mit dem zweiten Rezidiv kommt unter der klinischen Bezeichnung „Carcinom" zur Überprüfung (J. Nr. 2912/57). Der blumenkohlartige prominierende, derbe Tumor des Handrückens (Abb. 1) misst 11 : 10 : 4 cm und zeigt eine teils trockene, teils schmierige, graubraune Oberfläche und eine weisse Schnittfläche mit girlandenförmiger Begrenzung gegen das subcutane Fettgewebe. Auch gegen die umgebende Haut fällt der Tumor mit scharfer Grenze ab. Histologisch zeigt er dieselbe Beschaffenheit der oberflächlichen Partien wie in der ersten Biopsie, doch erweisen sich nun die dichtstehenden spitzen Papillen als viel länger, die

Abb. 2. Obere Zone des Riesenakanthom von Fall 1. Zwei Papillenspitzen. Vergr. 33mal.

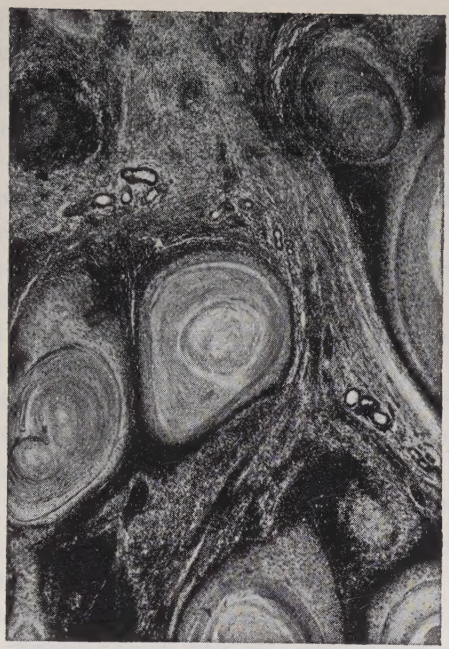

Abb. 3. Tiefenzone des Tumors von Fall 1. Hornperlenakanthose auch unter den Schweissdrüsenknäueln. Vergr. 33mal.

parakeratotischen Hornmassen in den Krypten und die oft grossen Hornperlen als viel zahlreicher als bei einem Keratoakanthom, auch reicht die mächtige Akanthose tiefer, nämlich bis unter die Zone der Schweissdrüsenknäuel (Abb. 2 und 3). Von den langen und breiten Reteleisten gehen da und dort schmale, in ihrer Anordnung an Strickmuster erinnernde Auswüchse des Epithels in das Stroma ab, wobei die Retezellen hier kleiner, dunkler, wenn auch meist deutlich spinal gebaut sind und relativ grössere bläschenförmige Kerne mit zahlreichen Mitosen aufweisen, als dies im völlig ausdifferenzierten, helleren Spinalzellenepithel der grossen Leisten der Fall ist. Die schmalen Bindegewebsachsen und -septen des Tumors enthalten dichte Lymphozyteninfiltrate und reichliche Kapillaren. An der Basis schliesst eine breite fibröse Kapsel ab, in welche atrophische Schweissdrüsen eingelagert sind. Diese und ihre Ausführungsgänge sind an der Geschwulstbildung nicht beteiligt, wogegen sämtliche Haarfollikel und Talgdrüsen in den gewucherten Retemassen aufgegangen und verschwunden sind. Am seitlichen Rand des Tumors geht dessen Akanthose mit spitzem Winkel — wie beim Keratoankanthom — auf die zwar vermehrt echt verhornte, im übrigen aber unveränderte Epidermis über. Ulzerationen fehlen.

Für Malignität des Tumors liegen keine Anhaltspunkte vor. — Diagnose: Keratoakanthoma permagnum des Handrückens.

2. Fall: Die 51jährige Hausfrau L. L. bemerkt dorsal über dem linken ersten Metacarpus einen kleinen Hautknoten, der mit dem Kauter entfernt wird. 1 1/2 Jahre später kommt sie mit einem nun pilzförmig erhabenen und stark zerklüfteten, übelriechenden Tumor von 5 cm Durchmesser zum Arzt, verweigert jedoch jeglichen Eingriff. Nach einem weiter 1/2 Jahr ist die Wucherung zum Daumen und diesen an der Basis umgreifend auf eine Grösse von 11 : 6 : 4 1/2 cm herangewachsen. Jetzt kann sich die Patientin für eine Probeexzession und anschliessend zur Amputation entschließen. Der Defekt heilt rasch zu, doch tritt nach einem halben Jahr dorsal an der Abtragungsstelle eine erneutes kleines Rezidiv auf, das tief exzidiert wird. Drüsenschwellungen sind nicht aufgetreten, die Wunde ist reizlos geheilt.

Die erwähnte Probeexzision (J. Nr. 2591/64) besteht aus drei bis 23 mm grossen brüchigen und derben, blassen Stücken, von denen der grösste Teil bei der histologischen Präparation als parakeratotische Masse abbröckelt. In der Tiefe finden sich zahlreiche spitze Papillen mit eher dünner Epidermis an den Kuppen und mit breiten oder schmalen und verzweigten Reteleisten, die zentral zapfen- oder perlartig verhornt sind und aus flachen oder polyedrischen, gut differenzierten hellen Stachelzellen bestehen. Nur in unregelmässig geformten schmalen Sekundärleisten ist das Epithel unruhig, das Cytoplasma spärlicher und dunkler, der Zellkern wechselnd stark chromatinhaltig, oft deutlich vergrössert oder in Mitose. Das spärliche Bindegewebe ist stellenweise von reichlichen neutrophilen Leukozyten und an Zahl zurücktretenden Lymphozyten und Plasmazellen infiltriert. Unter Berücksichtigung der klinischen Angaben wird die Diagnose gestellt: Riesenakanthom der linken Hand.

Der Tumor des amputierten Daumens (J. Nr. 2679/64) ist ziemlich feinpapillär gebaut, stark erhaben, blassgelblich, frei von Ulzerationen, vor dem Interphalangialgelenk überhängend und steil 1 1/2 cm zur unveränderten Haut abfallend, wogegen er proximal und ulnarwärts nicht sicher im Gesunden abgesetzt ist. Histologisch liegen die dichtstehenden Papillen des Tumors unter und zwischen der oberflächlichen Hyperkeratose und Parakeratose. Diese setzt sich zapfenförmig und als Perlenreihen in die breiten Leisten der hochgradigen Akanthose in die Tiefe fort (Abb. 4). Die Epithelien des Rete sind gut differenziert mit Ausnahme von Randpartien mit

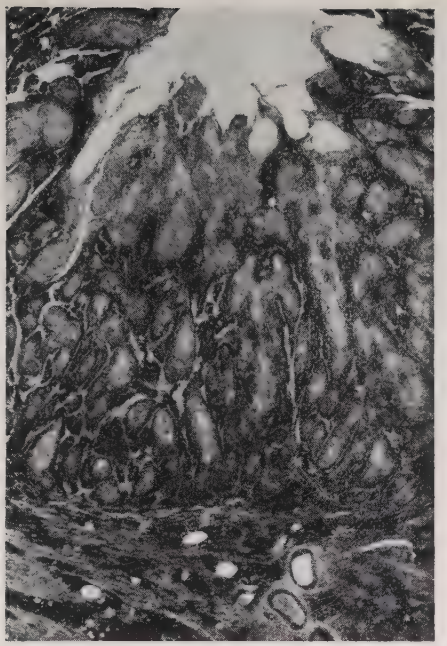

Abb. 4. Krypte im Riesenakanthom des Daumens (Fall 2). Vergr. 15mal.

kleineren dunkleren Zellen und chromatinreichen Kernen wie in der vorgängigen Biopsie. Die schmalen Bindegewebssepten sind gut vaskularisiert und meistens nur mässig lymphozytär infiltriert. Hingegen liegen im straffen fibrösen Gewebe der ziemlich scharf begrenzten Tumorbasis viele sehr dichte Lymphozytenherde mit spärlichen Plasmazellen und wenigen Granulozyten, ferner vereinzelte abgesprengte kernhaltige Hornperlen ohne proliferierenden Epithelsaum. Der Rand gegen die normale Haut ist bald deutlich abgesetzt, bald in mählich abnehmendem Masse in die Parakeratose und Akanthose einbezogen. An diesen beteiligen sich besonders die zuweilen stark buchtig erweiterten Haarbälge der Randzone (Abb. 5). Im Tumor selber sind keine Drüsenteile erhalten. — Diagnose: Riesenakanthom der linken Hand.

3. Fall: Bei Frau E. C. entwickelt sich im Alter von 59 Jahren am Hinterkopf eine Gruppe von verrucösen Tumoren, die in wenigen Monaten konfluieren und die Grösse einer ganzen Hand einnehmen. Die Haare sind ausgefallen. Die stark zerklüftete und buckelige Oberfläche des prominierenden Tumors ist borkig derb oder fleckweise schmierig und scheinbar ulzeriert. Eine erste Biopsie wird 1948 in einem ausserkantonalen Institut als hyperkeratotische Verruca mit fraglichem Übergang in Carcinom beurteilt.

Abb. 5. Randgebiet des Tumors von Fall 2. Übergreifen der Proliferation auf zwei Haarbälge. Hyper- und Parakeratose sowie Akanthose der Randepidermis. Vergr. 121/2mal.

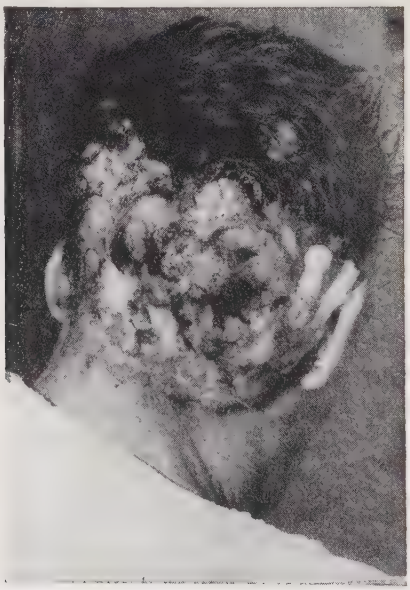

Abb. 6. Grobknotiges Riesenakanthom des Occiput mit isoliertem Sekundärknoten über rechtem Scheitelbein (Fall 3). Verkl. 1 : 3.

Die Patientin, eine Bäuerin der oberen Leventina, lehnt jegliche Therapie ab. Sie zeigt sich erst 9 Jahre später wieder im Spital Faido, und zwar nicht wegen des nun riesigen Tumors am Occiput (Abb. 6), sondern wegen eines inzwischen aufgetretenen Altersdiabetes. Die höckerigen derben oder schmierigen und sehr übelriechenden Wucherungen am Hinterhaupt nehmen ein Gebiet von 18 : 14 cm ein und zeigen über der buchtigen oberen Grenze einen isolierten, 2 cm grossen molluscumförmigen Sekundärknoten im Capillitium, wogegen die regionären Lymphknoten nicht palpabel sind.

Abb. 7. Fall 3. Unruhe des Zell- und Kernbildes, unregelmäßige Haupt- und Sekundärleisten. Vergr. 75mal.

Eine Biopsie aus zentralen Teilen der Geschwulst (J. Nr. 3304/57; Abb. 7) zeigt unter parakeratotischen Hornmassen mit auffällig grossen Kernresten schlanke Bindegewebspapillen mit schmalen Sekundärleisten aus kleinen dunkleren Epithelien, die meistens keine Interzellularbrücken mehr erkennen lassen und unregelmässig vergrösserte, chromatinreiche Kerne aufweisen. So gebaute Exkreszenzen mit reichlichen Anastomosen finden sich auch in der Tiefe der langen Reteleisten (Abb. 8), die zwar noch aus deutlichen, wenn auch ungleich grossen hellen Stachelzellen bestehen, jedoch recht unregelmässig grosse, chromatindichte und oft verklumpte Kerne besitzen, wogegen Mitosen sehr selten sind. Parakeratose-

zapfen und -perlen grenzen unmittelbar an das atypische Epithel. Das gefässreiche Stroma ist spärlich lymphozytär infiltriert. Die Biopsie reicht nicht bis zur Grenze der Akanthose in der Tiefe. — Diagnose: Riesenakanthom des Occiputs mit fraglichem Übergang in Carcinom.

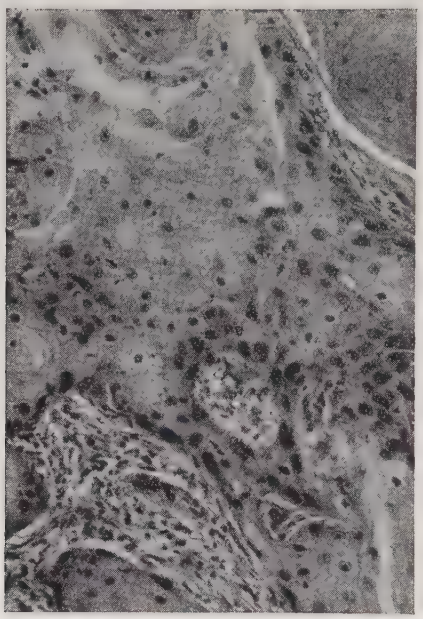

Abb. 8. Kernatypien und partielle Entdifferenzierung der Spinalzellen. Maligne Entartung im Fall 3. Vergr. 360mal.

Eine weitere, tiefere Exzision ein Monat später (J. Nr. 3715/57) ergibt denselben Befund und dieselbe Diagnose, nur liegen nun auch abgesprengte und grösstenteils nekrotische oder parakeratotische Epithelhaufen von reichlichen Lymphozyten und neutrophilen Leukozyten umgeben im vermehrten Bindegewebe der Subcutis. Reste von Schweissdrüsen sind hier nicht festzustellen.

Die Patientin stirbt ein Jahr später 69jährig, also 11 Jahre nach dem Auftreten ihres Hauttumors. In den letzten Monaten treten retroauriculär und cervical beidseits derbe Drüsenschwellungen auf, bei denen es sich um Metastasen handeln dürfte. Exzisionen davon werden ebenso verweigert wie die Autopsie.

Es handelt sich bei diesen drei Beobachtungen offensichtlich um eine klinisch wie histologisch besondere Tumorform. Bei drei älteren Frauen über 50 Jahren ist in der zuvor unveränderten Haut an belichteter Körperstelle eine verrucöse Wucherung aufgetreten,

die insofern Ähnlichkeit mit dem Keratoakanthom hat, als die Proliferationen akanthotisch in die Tiefe greifen und sich vor allem anstelle der Haarfollikel und Talgdrüsen ausbreiten, deren Epithel solide spinozelluläre und parakeratotische Zapfen und Leisten mit pseudocarcinomatösen Exkreszenzen bildet. Auf diese Weise entstehen zwischen und unter dicken, parakeratotischen Hornmassen spitze Papillen mit eher dünner Epidermis an den Kuppen. Im Gegensatz zum Keratoakanthom bleibt aber die Wucherung nicht knotenförmig, da sie seitlich nicht von unveränderter Epidermis überdeckt wird; das Wachstum schreitet vielmehr nach einem nodösen Initialstadium in der Hautebene von einem Haarfollikel zum nächsten und von einer Talgdrüse zur anderen fort. So entsteht im Laufe von 1 bis 2 Jahren ein grosser Tumor aus dichtstehenden, in Hornmassen eingebetteten Papillen, die sich weit über das Niveau der Haut auftürmen, während eine mächtige Akanthose die Cutis bis in die Tiefe der Schweissdrüsenknäuel und darüber hinaus durchsetzt. Eine Selbstheilung wie beim Keratoakanthom und bei den multiplen Smith-Tumoren kommt hier nicht zustande. Wohl kann das Wachstum nach einer Ausbreitung über 10 bis nahezu 20 cm sistieren und der Tumor während Jahren konstant bleiben, doch besteht wohl zu jedem Zeitpunkt die Möglichkeit einer echten Entartung, die denn auch bei unserem dritten Fall nach 10 Jahren eingetreten ist.

Zweifellos sind Tumoren der beschriebenen Art schon manchem erfahrenen Pathologen und Dermatologen zu Gesicht gekommen und wohl auch unterschiedlich beurteilt worden. Wir finden jedoch in der Literatur nur einen Fall klinisch und histologisch näher beschrieben:

Duany sah bei einem 72jährigen Bauern einen $17^1/_2 : 15$ cm grossen, angeblich ulzerierten Hauttumor auf der Brust, wo die Effloreszenz 5 Jahre zuvor als zunächst 1 cm grosser Knoten aufgefallen, dann aber rasch flächenhaft herangewachsen sei. Das Zentrum habe aus derben vorgewölbten Herden bestanden und der buchtige Rand sei steil $1^1/_4$ cm zur unveränderten Haut abgefallen. Mikroskopisch war der tief zerklüftete Tumor mit dicken Horn- und Parakeratoseschichten bedeckt, die sich in breite und lange Leisten der hochgradig gewucherten und gut differenzierten Spinalzellenschicht hinein fortsetzten. Diese Akanthose reichte bis in die Zone der Schweissdrüsenknäuel und enthielt reichliche Hornperlen, jedoch nur spärliche Mitosen. Die schmalen Bindegewebssepten waren hyperämisch und stark lymphozytär infiltriert. — Der Autor

vertrat die Ansicht, die gesamte Bildung sei aus Einzelknoten zusammengesetzt, die jeweilen bis zu einer bestimmten Grösse gewachsen, dann aber geschrumpft und abgeheilt wären, während zwischen ihnen auch nach Elektrokoagulation neue entstünden. Er nannte den Tumor „squamous cell pseudoepithelioma".

Besprechung

Die Kenntnis unseres Tumors hat neben theoretischen Aspekten ihre nicht unerheblichen praktischen Belange. Klinisch erwecken die scheinbaren Ulzerationen, das rasche Wachstum und die Derbheit der Wucherungen starken Verdacht auf Carcinom. Das kann zu schwerwiegenden Massnahmen wie Amputationen führen, wo eine tiefe Exzision mit allfälliger Plastik genügen würde. Anderseits liegt wenigstens anfänglich die Vermutung nahe, es handle sich um besonders grosse Keratoakanthome oder Alterswarzen, worauf Verätzungen, Elektroagulationen oder oberflächliche Exzisionen vorgenommen werden. Die Folgen solcher unzulänglicher Massnahmen sind Rezidive.

Beide Arten von Fehlbewertung können auch bei der Biopsie unterlaufen. Die grosse histologische Ähnlichkeit mit dem Keratoakanthom verleitet zu Verwechslungen mit dieser spontan heilenden Affektion. Tatsächlich kann die Differentialdiagnose wenigstens in der initialen Phase der Wucherung kaum gestellt werden. An diesem Übelstand ändert auch in einem späteren Stadium der klinische Hinweis auf die abnorme Grösse der Effloreszenz wenig, denn wenn Keratoakanthome gewöhnlich nicht über einen Durchmesser von 2 cm hinausgehen, so sind doch von Kallos, Gross, Randazzo und Fischera sog. Riesenkeratoakanthome bis zu 7 cm beschrieben worden, die von selbst abheilten. Ebenso verhielten sich die multiplen grossen Verrukome der sog. „tumor-like keratosis" von Poth und von Fliegelmann und Loveman.

Dass anderseits die Abgrenzung gegenüber dem Spinalzellencarcinom Schwierigkeiten bereiten kann, ergibt sich aus dem Umstand, dass bei unseren Tumoren wie beim Keratoakanthom ein Tiefenwachstum des Rete in die Cutis hinein vorliegt und dass das besonders von v. Albertini hervorgehobene Kriterium des Differenzierungsverlustes beim Carcinom gelegentlich versagen kann. Gerade in den bizarr geformten Sekundärleisten der Akanthose ist oft schwer zu entscheiden, ob noch echte Tonofibrillen und Interzellularbrücken vorliegen oder nicht. Gans und Steigleder bezweifeln daher, ob die histologischen Merkmale in jedem Fall eindeutig interpretiert werden können.

Nun sind ähnliche Verhältnisse wie in unseren Fällen bei jenen Akanthomen schon lange bekannt, die auf dem Boden alter Hautnarben, besonders Verbrennungsnarben, vorkommen oder die langdauernden banalen wie spezifischen Dermatitiden aufgepfropft sein können. Ferner haben Gottron, Nikolowski und Eisenlohr solche persistierende riesige Verrukome symmetrisch an den Unterschenkeln beobachtet und als Papillomatosis cutis carcinoides beschrieben. Am eindeutigsten ergibt sich der Zusammenhang zwischen reversiblen, perisistierenden und schliesslich maligne entarteten Akantho-Keratomen als Effekte der experimentellen Teerpinselung der Haut.

Im Gegensatz zu den eben genannten akantho-verrukösen Tumoren sind diejenigen unserer Fälle auf primär unveränderter Haut entstanden. Die einzige vorbestehende Alteration ist diejenige der belichteten Altershaut, d. h. ein gewisser Grad von Atrophie der Epidermis und von kolloider Degeneration des cutanen Bindegewebes. Dieser besonderen Situation und der charakteristischen Tumorform hat auch eine Sonderbezeichnung Rechnung zu tragen. Wir haben den Ausdruck „Riesenakanthom" gewählt, denn obgleich die Para- und Hyperkeratose ebensosehr in Erscheinung tritt wie die Akanthose und daher beide Kriterien in die Benennung einzubeziehen wären, so ist doch tunlichst die Möglichkeit einer Verwechslung mit dem Keratoakanthom zu vermeiden. Von einem Riesenkeratoakanthom kann nicht gesprochen werden, denn ganz abgesehen davon, dass diese Diagnose schon für die obgenannten Fälle von Kallos, Gross, Randazzo und Fichera vorbehalten ist, so fehlen unserem Tumor die beiden Merkmale der Spontanheilung und der Molluscumform, mithin wesentliche Eigenschaften des Keratoakanthoms. Bezeichnungen wie „Pseudoepitheliom" oder „tumorartige (tumor-like)" Keratosen oder Akanthosen sind abzulehnen, weil es sich doch unbestreitbar um echte, persistierende, epitheliale Tumoren und nicht um blosse Reaktionen auf besondere vorbestehende Hautveränderungen handelt. Selbst wenn man diese Tatsache berücksichtigt, dass unsere Akanthome auf dem Boden einer durch Alter und Sonnenbestrahlung veränderten Haut entstanden sind, so ist doch der für echte Tumorbildung mitverantwortliche lokale Faktor nicht ausser Acht zu lassen. Ob dafür eine Virusinfektion verantwortlich ist, wie sie für einzelne Keratoakanthome wahrscheinlich gemacht worden ist (Schulz; Ereaux et al.), muss hier dahingestellt bleiben. Wichtig ist u. E. vorerst die Kenntnisnahme vom Vorkommen einer Tumorform, die wohl histo-

logisch, nicht aber makroskopisch mit dem Keratoakanthom verwechselt werden kann und die anderseits klinisch für ein Malignom gehalten wird.

Makroskopisch unterscheidet sich der als Riesenakanthom bezeichnete Tumor schon durch die ausgebreitet verruköse Gestalt vom Keratoakanthom wie vom Spinaliom. Histologisch fehlt die seitliche Überdachung der verhornten Papillen durch normale Epidermis, auch reichen die Retewucherungen weiter in die Tiefe, oft bis in die obere Zone der Subcutis hinein, die dabei freilich fibrös umgebaut wird. Die gewucherten Spinalzellen sind gut differenziert, ihre Kerne meist monomorph und frei von verdächtigen Atypien. Klinisch beginnt die Wucherung wie bei einem Keratoakanthom, doch schreitet das Wachstum weiter, wobei die Oberfläche zunehmend verrukös und zerklüftet wird und die Ausbreitung in den ersten Monaten noch rasch, dann mählich langsamer vor sich geht und schließlich sistiert.

Vom Umschlag in die Malignität werden grosse Bezirke des primär benignen Tumors erfasst, in unserem dritten Fall zweimal die gesamte, bis 15 mm grosse Biopsie. Die Epithelkerne sind auf dem ganzen Schnitt polymorph, chromatinreich und oft sehr gross, während die typische Spinalzellenstruktur länger beibehalten bleibt. Die so gekennzeichnete Epithelveränderung ist für die Erfassung des malignen Stadiums wesentlicher als das ohnehin schon vorliegende Tiefenwachstum.

Zusammenfassung

Als Riesenakanthom wird an drei eigenen Fällen und einem Fall der Literatur ein benigner Tumor beschrieben, der spontan in belichteter Altershaut auftritt. Die Geschwulst wächst während etwa 2 Jahren rasch zu einer stark verhornten und zerklüfteten, derbverrukösen Masse heran, die sich über das Hautniveau auftürmt und durch Zerfall der Hornsubstanz Ulzerationen vortäuschen kann. Nach wenigen Jahren sistiert das Wachstum bei einer Ausdehnung von 10 bis 20 cm. Der Tumor stellt eine Präkanzerose dar, indem die tiefe Akanthose in malignes Wachstum mit Metastasen in den regionären Lymphknoten übergehen kann. In einem der Fälle ist diese Entartung 10 Jahre nach der Bildung des Tumors aufgetreten.

Literatur

v. Albertini, A.: Histologische Geschwulstdiagnostik. Thieme, Stuttgart 1955. — *Baumann, A.* und *Lennox, B.:* Das Molluscum sebaceum: ein wichtiges Pseudocarcinom der Haut. Schweiz. Z. Path. *17:* 326—339 (1954). — *Beare, J. M.:* Molluscum sebaceum. Brit. J. Surg. *41:* 167—170 (1953). — *Cottini, G. B.* und *Randazzo, S. D.:* Zum augenblicklichen Stand der Frage des Keratoakanthoms. Derm. Wschr. *147:* 60—64 (1963). — *Cramer, H. J.* und *Weiss, H.:* Zur Katamnese und Klinik des Keratoakanthoms. Derm. Wschr. *151:* 449—459 (1965). — *Duany, L. P.:* Squamous cell pseudoepithelioma (Keratocanthoma). A. M. A. Arch. Derm. Syph. *78:* 703—709 (1958). — *Dupont, A.:* Kyste sébacé atypique. Arch. belges Derm. *3:* 177—180 (1930. — Le kérato-acanthome (kyste sébacé végétant; Molluscum sebaceum). Bull. Soc. franç. Derm. Syph. *81:* 621—633 (1954). — *Ereaux, L. P., Schopflocher, P.* and *Fournier, C. J.:* Keratoakanthomata. Arch. Derm. Syph. *71:* 73—83 (1955). — *Fliegelmann, M. T.* and *Loveman, A. B.:* Tumor-like Keratosis. Arch. Derm. Syph. *66:* 353—357 (1952). — *Fouracres, F. A.* and *Whittick, J. W.:* The relationship of Molluscum sebaceum (Keratoacanthoma) to spontaneously-healing-epithelioma of the skin. Brit. J. Cancer 7: 58—64 (1953). — *Gans, O.* und *Steigleder, G. K.:* Histologie der Hautkrankheiten. Springer, Berlin 1957. — *Gottron, H. A.:* Präkanzerosen und Pseudokanzerosen der Haut. Dtsch. med. Wschr. *79:* 1250—1254 und 1331—1334 (1954). — *Gougerot, H.:* Verrucome avec adénite, à structure épithéliomatiforme, curable par le 914. Arch. derm.-syph. (Paris) *1:* 374—385 (1929). — *Gross, P.:* Giant Keratoacanthoma recurrent. Arch. Derm. Syph. (Chicago) *84:* 642—644 (1961). — *Hamperl, H.* und *Kalkoff, K. W.:* Zur Kenntnis des Molluscum pseudocarcinomatosum. Hautarzt *10:* 440—447 (1954). — *Kalkoff, K. W.* und *Macher, E.:* Zur Histogenese des Keratoakanthoms. Hautarzt *12:* 8—15 (1961). — *Kallos, A.:* Giant Keratoacanthoma. A. M. A. Arch. Derm. Syph, *78:* 207—209 (1958). — *MacCormac, H.* and *Scarff, R. W.:* Molluscum sebaceum. Brit. J. Derm. *48:* 624—626 (1936). — *Musso, L.* and *Gordon, H.:* Spontaneous resolution of Molluscum sebaceum. Proc. roy. Soc. Med. *43:* 838—839 (1950). — *Nikolowski, W.* und *Eisenlohr, E.:* Papillomatosis cutis carcinoides. Dermat. Wschr. *121:* 238—247 (1950). — *Poth, D. O.:* Tumor-like Keratosis: Report of a case. Arch. Derm. Syph. (Chicago) *39:* 228—238 (1939). — *Randazzo, S. D.* e *Fichera, G.:* Su un caso di cheratoacanthoma gigante a rapido accrescimento. Minerva derm. (Torino) *38:* 14—19 (1963). — *Riniker, P.:* Nuovi aspetti di presunti cancroidi. Tagg. Schweiz. Nationalliga Krebsbek. Locarno 1954; Boll. med. Svizz. ital. *19:* 9—12 (1954). — *Rook, A.:* Diskussionsbemerkung zu L. Musso. Brit. J. Derm. *63:* 151—152 (1950). — *Rook, A.* et *Whimster, I.:* Le kérato-acanthome. Arch. belges Derm. *6:* 137—146 (1950). — *Schulz, H.:* Beitrag zur submikroskopischen Morphologie vermeintlicher Tumoren. Symposium über Krebsprobleme, Düsseldorf 1960, pag. 13—35. Springer, Berlin 1961. — *Smith, J. F.:* A case of multiple primary squamous cell carcinoma of the skin in a young man with spontaneous healing. Brit. J. Derm. *46:* 267—272 (1934).